UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1920-1921 2e Série N° 165

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INVAGINATION
COMPLIQUANT
LES SARCOMES DE L'INTESTIN GRÊLE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 18 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ADNET Jean-Auguste

né le 5 août 1895, à Commercy (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRŒLICH, professeur ..... *Président.*
FRUHINSHOLZ, professeur ..... *Juges.*
MICHEL, agrégé ..... *Juges.*
FAIRISE, agrégé ..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES
—
1921

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547215_0065

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1920-1921 2e Série N° 165

87290

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INVAGINATION

COMPLIQUANT

LES SARCOMES DE L'INTESTIN GRÊLE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 18 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

ADNET Jean-Auguste

né le 5 août 1895, à Commercy (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRŒLICH, professeur ..... *Président.*
FRUHINSHOLZ, professeur .....
MICHEL, agrégé .. .. *Juges.*
FAIRISE, agrégé .....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES
—
1921

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✲, I ⚱.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ⚱.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ⚱.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✲, I ⚱ ; NICOLAS, ✲, I ⚱ ; PRENANT, ✲, I ⚱ ; F. GROSS, O ✲, I ⚱ ; CHRÉTIEN, I ⚱ ; HERRGOTT, O. ✲, I ⚱.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ⚱.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ⚱.
Hygiène	M. MACÉ, ✲, I ⚱.
Physiologie	M. E. MEYER, O ✲, I ⚱.
Clinique médicale	M. SIMON, ✲, I ⚱.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ⚱.
Clinique ophtalmologique	M. N ..
Médecine légale	M. P. PARISOT, O ✲, I ⚱.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ⚱.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ⚱.
Clinique médicale	M. ETIENNE, ✲, I ⚱.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ⚱.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✲, I ⚱.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✲, I ⚱.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ⚱.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ⚱.
Histologie	M. COLLIN, ✲, I ⚱.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✲, I ⚱
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES. ✲, I ⚱.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ⚱.

Chargés de cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, ✲, I ⚱, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, ✲, I ⚱, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, ✲, I ⚱.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ⚱, agrégé libre,
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ⚱, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique)	M. S RÉMY, A ⚱, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ⚱, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ⚱, agrégé
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J PARISOT, O ✲, I ⚱, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, O ✲, I ⚱, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ⚱, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. CAUSSADE A ⚱, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

MM. ROBERT, I ⚱.	MM. J. PARISOT, O ✲, I ⚱.	MM. JOB, ✲, A ⚱.
BINET, I ⚱.	FAIRISE, A ⚱.	JEANDELIZE.
PERRIN, I ⚱.	CAUSSADE, A ⚱.	P. MATHIEU, A ⚱.
THIRY, ✲, I ⚱.	BARTHÉLEMY, ✲, A ⚱.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✲, I ⚱ ; G. GROSS, ✲, I ⚱ ; G. MICHEL, ✲, I ⚱ ; RICHON, ✲, I ⚱ ; S. REMY, A ⚱ ; BUSQUET, I ⚱.

M. H. COIFFARD, I ⚱, Secrétaire.
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, ⚜, I ⚱, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A ma femme,

A ma fille,

A mes parents,
faible témoignage de mon amour filial
et de ma profonde affection.

A ma grand'mère.

A ma belle-sœur.

A ma famille.

A la mémoire de mon cousin
André Caujan,
Mort au champ d'honneur.

A mes amis.

A mon président de thèse :

M. le Professeur Frœlich,
Professeur de clinique chirurgicale infantile,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A mes juges :

M. le Professeur Fruhinsholz,
Professeur de clinique obstétricale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Professeur agrégé Michel,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Professeur agrégé Fairise.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la Faculté, nous sommes heureux de venir adresser nos remerciements à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy.

Nos sentiments de reconnaissance vont tout d'abord à M. le Professeur Frœlich, qui a bien voulu accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous nous souviendrons toujours des quelques mois passés comme externe dans son service (1919-1920), nous nous rappellerons son enseignement clair et pratique, et le dévouement avec lequel il prodigue ses conseils à ses élèves.

Il nous est particulièrement agréable d'avoir dans notre jury M. le Professeur Fruhinsholz qui, pendant notre stage à la Maternité, s'est montré à notre égard d'une attention toute bienveillante. Nous n'oublierons jamais l'aide qu'il nous a offerte avec tant de bonté. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous tenons à remercier bien sincèrement M. le Professeur agrégé Michel, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous aider de ses conseils. Nous nous rappellerons sa sollicitude à nous inculquer les notions de clinique chirurgicale au cours du semestre pendant lequel nous avons été attaché à son service de l'Hôpital Maringer.

Nous sommes reconnaissant à M. le Professeur agrégé Fairise de nous faire l'honneur de bien vouloir juger notre thèse.

Nous avons été aidé pour l'étude de la tumeur par M. le Docteur Morlot, nous l'en remercions vivement.

Nous n'oublierons pas notre excellent ami, le Docteur Jean Baudot, près duquel nous avons vécu depuis notre plus tendre enfance. Nous lui adressons le témoignage de notre vive affection.

Nous garderons toujours de nos camarades d'études, notamment des Docteurs Duclerget, Bernard, Monnot, Baudot Ch., un souvenir inoubliable.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, au cours de notre stage d'externe dans le service de chirurgie de l'hôpital H. Maringer, d'observer un cas de sarcome de l'intestin grêle compliqué d'invagination, l'idée nous vint, sur le conseil de M. le Professeur agrégé Michel, d'en faire l'étude et de rapprocher ce cas de ceux antérieurement publiés.

Notre modeste travail comprend un certain nombre de chapitres qui sont :

I. Historique.

II. Caractères généraux des sarcomes de l'intestin grêle.

III. Observation inédite de M. le Professeur agrégé Michel. — Etude de l'invagination compliquant les sarcomes de l'intestin grêle.

IV. Observations.

Nous insisterons plus particulièrement sur le mécanisme de l'invagination dans ces cas de sarcomes, sur la symptomatologie et les procédés chirurgicaux employés.

A la lumière des observations antérieures, nous chercherons les signes qui permettront de faire une diagnostic précoce et d'adopter la meilleure technique opératoire.

C'est surtout aux travaux de Lecéne sur les tumeurs malignes de l'intestin grêle (thèse de Paris 1904) et troisième série des travaux de chirurgie anatomo-clinique

(Hartmann-Okinczyc-Lecéne 1907), à la publication de Delore et Leriche dans la *Revue de Chirurgie* en 1908, sur la pathogénie et le traitement de l'invagination intestinale que nous avons eu recours pour faire cette étude.

Au cours de nos recherches bibliographiques nous avons recueilli quelques observations se rapportant à ce sujet : ce sont celles de Morestin publiées en 1910, celle de Kalliouzis (d'Athènes), publiée la même année dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris ;* Gay, en 1913, publie également une observation intéressante à la Société vaudoise de médecine. Enfin, tout récemment, Potherat rapportait un cas analogue à la Société de Chirurgie.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les tumeurs malignes de l'intestin grêle en général et les sarcomes en particulier sont relativement très rares. Sur 20.480 autopsies faites à l'« Allgemeines Krankenhaus », de Vienne, de 1870 à 1877, Maydl trouve un chiffre de 1.460 cancers ; parmi ces différents cancers, cent avaient leur point de départ sur le tractus intestinal, mais six seulement avaient débuté sur l'intestin grêle ; deux occupaient le duodénum, quatre le jéjuno-iléon.

La statistique de Nothnagel est comparable à celle de Maydl : sur deux cent quarante-trois cancers primitifs de l'intestin, il trouve onze cancers de l'intestin grêle ayant débuté cinq fois par le duodénum et six fois par le jéjuno-iléon.

L'invagination compliquant les sarcomes de l'intestin grêle constitue une mécanisme assez exceptionnel. Lecéne, sur quarante-cinq observations de sarcome ne trouve que trois invaginations et encore dans deux de ce cas, les tumeurs étaient-elles multiples et polypiformes.

Les différents traités classiques français apportent en

général peu de développements à ce chapitre des tumeurs malignes de l'intestin grêle.

Dans les *Traités de Chirurgie* (Duplay-Reclus, t. IV, p. 426) (Le Dentu-Delbet, t. XXIV, p. 471), il n'y est fait qu'une allusion sommaire à propos de l'occlusion intestinale. Un peu plus de développement est apporté à la question dans le *Traité de Médecine* de Gilbert et Thoinot, t. XVII, p. 218 ; mais, là aussi, les auteurs insistent surtout sur les cancers du gros intestin.

Les différents travaux de Lecène sont seuls à retenir pour ce qui est de l'étude du sarcome.

L'invagination venant compliquer cette tumeur maligne n'est mentionnée qu'accessoirement dans les différents traités. Nous n'avons trouvé dans aucun ouvrage de documents concernant la pathogénie spéciale de cette complication, considérée au point de vue qui nous intéresse, pas plus que de renseignements sur son mécanisme.

Anatomie pathologique

Formes anatomiques. — Les sarcomes de l'intestin grêle se présentent en général sous deux formes anatomiques : la forme circonscrite et la forme diffuse. Celle-ci est moins fréquente que la précédente : sur quarante-six observations complètes, Lecéne ne relève que seize fois seulement l'existence des tumeurs multiples. Il n'existe pas, à proprement parler, de siège d'élection pour ces tumeurs, cependant les chiffres suivants montrent que les extrémités de l'intestin grêle sont rarement intéressées :

Angle duodéno-jéjunal.....	3 cas.
Jéjunum	11 —
Iléon	16 —
Terminaison de l'iléon.....	6 —

Le sarcome qui fait l'objet de l'observation de M. le Professeur agrégé Michel rentre dans ce dernier groupe.

Caractères macroscopiques. — Le sarcome intestinal présente des analogies de caractères quelle que soit la forme anatomique. Le volume du néoplasme est variable, souvent assez considérable (grosse orange, tête d'enfant) ; la couleur n'offre rien de spécial.

Extérieurement, l'anse intestinale est irrégulière et bosselée, de plus elle présente souvent des taches noirâtres. D'après les auteurs et Lecéne en particulier, ces taches

correspondent à des hémorragies intertitielles, dues à la fragilité toute spéciale des vaisseaux propres de ces néoplasmes, considérés à un point de vue général.

Sur la muqueuse intestinale on observe souvent des ulcérations (vingt-cinq fois sur les quarante-six observations de Lecéne). Ces ulcérations sont intéressantes à un double point de vue : elles expliquent la fièvre que l'on observe généralement dans l'évolution du sarcome, de plus, elles peuvent être le point de départ, par destruction progressive, de perforations ultérieures (trois cas observés).

Le caractère important au point de vue qui nous occupe, caractère qui permet aussi de faire le diagnostic différentiel avec l'épithelioma et la tuberculose à forme hypertrophique, c'est la dilatation du calibre intestinal.

Alors que dans les deux affections sus-mentionnées, l'intestin est le plus souvent rétréci au niveau de la tumeur, dans le sarcome, au contraire, on observe dans la majorité des cas une dilatation souvent considérable de la lumière intestinale ; certains auteurs parlent même de dilatations anévrismales par comparaison avec les ectasies artérielles. Nous reviendrons sur ce point important à propos de l'étude de l'invagination. On a cherché à expliquer ce fait par l'infiltration complète des tuniques de l'intestin que l'on constate généralement qui détruirait, à un moment donné, les fibres musculaires de la paroi.

Comme le sarcome des os ou des parties molles, cette tumeur maligne siégeant sur l'intestin grêle peut donner lieu à des métastases. On trouve dans les observations des localisations secondaires diverses, parmi les plus fréquetes on note :

I. Métastases ganglionnaires régionales (les ganglions mésentériques sont le plus souvent intéressés. Trente-quatre cas sur quarante-cinq).

II. Métastases ganglionnaires à distance. On peut se demander si ces métastases ne correspondent pas à des localisations secondaires méconnues, sur des organes dépendant du territoire lymphatique de ces ganglions. On a trouvé des métastases sur les ganglions rétro-péritonéaux, médiastinaux, iliaques.

III. Métastases viscérales (foie et reins le plus souvent).

IV. Métastases péritonéales.

V. Métastases dans le reste de l'intestin.

Certains auteurs se sont demandés si la forme diffuse n'était pas une simple métastase d'une forme circonscrite. Quelques observations laissent supposer qu'il en est ainsi : on trouve, en effet, en un point une tumeur plus volumineuse par rapport aux autres localisations. Mais il est encore très difficile de savoir exactement par quelle voie se font ces métastases ; bien que la voie de dissémination par le sarcome, en général, soit le plus souvent la voie sanguine, il semble qu'ici la propagation se fasse plutôt par voie lymphatique.

Enfin les localisations métastatiques peuvent se rencontrer sur les principaux viscères (foie, reins, poumons, pancréas) dans un ordre de fréquence difficile à déterminer.

Histologie pathologique

Les sarcomes de l'intestin grêle appartiennent, par leurs caractères histologiques, à trois variétés :

Le sarcome globo-cellulaire, le plus fréquent.

Le lympho-sarcome.

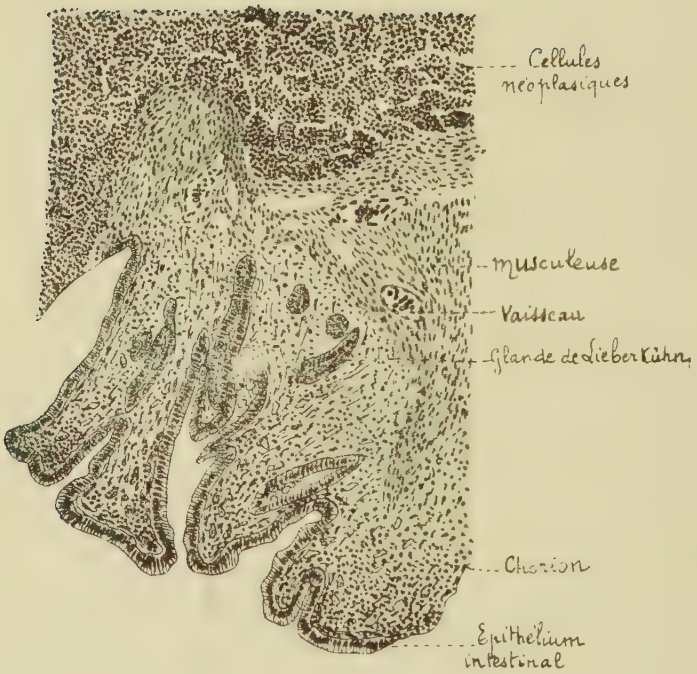
Le sarcome fuso-cellulaire.

La fréquence du type globo-cellulaire paraît être assez relative, car certains auteurs, et surtout les auteurs étrangers, font rentrer dans cette catégorie les lymphosarcomes, voire même les lymphadénomes.

Le sarcome que nous avons eu l'occasion d'observer et qui fait l'objet de l'observation de M. le Professeur agrégé Michel rentre dans le type du lympho-sarcome. Une coupe faite au niveau de la tumeur fixée au liquide de Bouin (formol picro-acétique) et colorée à l'hémalun-éosine donne les renseignements suivants : la muqueuse de l'intestin est en grande partie disparue, par atrophie, comprimée par la tumeur sous-jacente, et par exulcération, la tumeur ayant perforé cette tunique muqueuse pour faire hernie au travers. Dans la partie où subsiste de la muqueuse, le revêtement épithélial cylindrique existe encore en bordure assez intacte, mais recouverte d'une couche de globules blancs et de pyocytes dans la lumière intestinale. Les glandes de Lieberkühn sont encore respectées

en partie, quoiqu'un grand nombre soient atrophiées. Le tissu interstitiel conjonctif est œdémateux et fortement infiltré par des leucocytes et des éléments conjonctifs embryonnaires. Les vaisseaux sanguins sont très dilatés et la sous-muqueuse, refoulée par la tumeur, est très amincie. Dans la région où la muqueuse est ulcérée, elle est remplacée par un véritable champignon néoplasique, lui-même recouvert du côté de la lumière intestinale par une couche mince de tissu nécrosé, provenant probablement des restes de la sous-muqueuse. Dans cette zone on retrouve des débris cellulaires prenant mal les colorants ainsi que des leucocytes et des hématies, cette courbe mortifiée, formant coque à la tumeur, en est assez nettement limitée par un fin réseau de capillaires sanguins néoformés. La tumeur s'est développée dans la sous-muqueuse ; elle a infiltré la musculature interne dont on retrouve quelques fibres dans le stroma de la tumeur.

Ce stroma est formé de nombreuses cellules rondes, petites, à noyau assez fortement colorable, rond, et à protoplasme peu abondant, en couronne souvent à peine visible ; ces éléments sont plongés dans un réticulum souvent très fin, riche en capillaires sanguins. Ce réticulum est constitué, en partie du moins, par des cellules conjonctives ramifiées et anastomosées. Cette tumeur lymphoïde est très proliférante et gagne en les pénétrant les tissus voisins, elle paraît s'être développée au dépens des plaques de Peyer ou de follicules lymphoïdes de la muqueuse intestinale.



Coupe de la tumeur (G. 90)

Existe-t-il un rapport direct entre les variétés histologique (type globo-cellulaire, lympho-sarcome, type fuso-cellulaire) et les caractères anatomiques précédemment décrits ? Il est difficile de le dire. Dans les quarante-six observations de Lecène, l'auteur relève six fois l'existence de sarcome fuco-cellulaire, et dans aucun de ces six cas il n'y avait de tumeur multiple. Dans les quarante autres cas, il s'agissait de sarcomes globo-cellulaires et de lympho-sarcomes avec seize fois des formes diffuses et vingt-quatre fois des formes circonscrites .

En se basant sur ces observations, le sarcome fuso-cellulaire paraît surtout donner la forme circonscrite. Mais ces observations ne représentent pas un nombre suffisant pour permettre de conclure.

CHAPITRE II

Complications des sarcomes de l'intestin grêle et invagination

Les complications du sarcome de l'intestin grêle sont de deux ordres : l'occlusion intestinale, la péritonite par perforation ou par propagation.

1° L'occlusion intestinale est aiguë ou chronique. La forme aiguë est excessivement rare. Il n'en a été relevé qu'une seule observation : il s'agissait d'une tumeur de faible volume développée sur le bord libre du grêle ayant entraîné un volvulus.

La forme chronique qui mériterait plutôt la dénomination d'obstruction intestinale a été retrouvée dans deux observations seulement.

La rareté de cette complication s'explique assez bien par les caractères anatomo-pathologiques de la tumeur. Nous avons vu que dans la plupart des cas, la tumeur entoure à la manière d'un manchon la circonférence de l'intestin, ce qui rend le mécanisme du volvulus difficile ; d'autre part le sarcome a la propriété fondamentale d'entraîner avec lui une dilatation de l'anse qui lui a

servi de base d'implantation, ceci explique la rareté de l'obstruction intestinale.

2° La muqueuse intestinale au niveau de la tumeur est souvent le siège d'ulcérations (vingt-cinq fois sur quarante-six observations). Ces ulcérations peuvent amener par destruction progressive une perforation entraînant une péritonite (il en a été publié deux observations) :

Genersich. Sarcoma rotundo. Cellulare ilei primarium Pester med. Chirurg. Presse 1893 n° 17, p. 390.

Libman. Millheit aus d. Greuzgeb. der Medïz. ü. Chirurgie 1901 Jena, Bd VII, p. 446.

Avant d'entreprendre l'étude pathogénique de l'invagination, considérée comme complication de sarcome de l'intestin grêle, disons tout de suite qu'elle constitue une complication rare. Outre l'observation de M. le Professeur agrégé Michel, nous avons pu en recueillir huit autres.

Dans le cas de Wallenberg (obs. 6), il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire ; dans l'observation d'Homolle (obs. 7), on avait affaire à des sarcomes polypiformes. Enfin, Steinberg (obs. 8) observe un cas de sarcome de jéjunum ayant entraîné une invagination. L'observation (5) de Delore et Leriche se rapporte à un épithéliome mélanique ; mais l'évolution de cette tumeur et son tableau clinique en même temps que les modifications entraînées sur l'intestin se rapprochant si bien du sarcome nous ont autorisé à la rapporter pour expliquer la pathogénie de l'invagination.

Les autres observations se rapportent à des cas de sarcomes à petites cellules rondes.

Invagination

Cruveilhier (dans son Traité d'anatomie pathologique, T. 1, p. 513) désigne sous le nom d'invagination « un mode de déplacement du canal intestinal qui consiste dans l'introduction ou l'intussusception d'une portion d'intestin dans la portion qui lui fait suite, de telle sorte que la première portion est engaînée dans la seconde à la manière d'un doigt de gant ».

Quelle est la fréquence de l'invagination ?

Sur cent cas d'obstruction intestinale :

Hilton Fagge trouve		13	cas	d'invagination.
Besnier	—	25	—	—
Duchaussoy	—	26	—	—
Philips	—	55	—	—
Bruiton	—	43	—	—

Une autre comparaison de Cruveilhier fait aussi bien comprendre la disposition qu'affecte une portion d'intestin invaginée : « par l'une de ses extrémités une ficelle est attachée à la valvule iléo-cœcale, l'autre bout sort par l'anus. Si l'on exerce une traction continue sur cette extrémité libre, on entraîne, on invagine l'iléon dans le cœcum, puis successivement dans le colon. »

Or, il est permis de penser que dans le cas qui nous intéresse, une action mécanique semblable soit un des des facteurs de la complication.

En effet, une tumeur, comme celle qui est schématisée

dans l'observation, siégeant très près de la valvule de Bauhin, évoluant relativement lentement, exerce elle aussi sur la muqueuse intestinale, et par là même sur tout le segment du grêle situé en amont, une action pesante et continue comme celle de la ficelle de la comparaison de Cruveilhier.

D'ailleurs il n'y a pas que le sarcome qui compte l'invagination dans ses complications. On trouve dans la littérature médicale de nombreux cas de tumeurs bénignes siégeant sur l'intestin grêle s'étant révélées par le syndrôme de l'invagination.

De Witt-Stetten publie en 1909, à la Société de Chirurgie de New-York, un cas d'invagination iléo-cœcale procidente chronique, par lipome sous-muqueuse de l'iléon.

Delore, en 1910, à la Société des Sciences médicales de Lyon, publie un cas d'invagination provoquée par une petite tumeur possédant un pedicule (myxome de l'intestin). Il existe d'autres obervations parmi lesquelles nous citerons les trois cas d'invagination de l'intestin grêle déterminés par polypes fibreuse, publiés tout dernièrement par Naudrot (*Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, mai 1921, n° 14).

Cette action mécanique des tumeurs n'est pas le seul facteur pathogénique qui intervient dans la production de l'invagination ; il en existe d'autres non moins importants.

La caractéristique du mécanisme de l'invagination c'est, en effet, le cheminement d'une anse intestinale, cheminement spécial il est vrai, puisqu'il s'opère dans la partie du tractus immédiatement sous-jacente, mais qui demande tout de même, pour s'effectuer, un certain état de mobilité et de liberté de l'anse intéressée.

Anse mobile et anse libre, telles sont les deux conditions anatomiques essentielles pour la production de l'invagination, d'après Delore et Leriche.

Or seul, de tout le tractus intestinal, l'intestin grêle se trouve dans les conditions requises. Ce n'est que dans des cas d'anomalies anatomiques que l'invagination peut se produire sur le gros intestin. Ces conditions sont assez souvent réalisées sur la partie initiale du gros intestin (8,5 pour 100), le cœcum garde sa mobilité, un méso assez long se forme par étirement.

Ces conditions anatomiques nécessaires à la production de l'invagination ont permis à Delore et Leriche d'expliquer la fréquence relativement grande de l'invagination chez les enfants. Ces auteurs disent : « C'est seulement dans les derniers temps de la vie intra-utérine que la région iléo-cœcale (siège habituel de l'invagination) commence à se fixer. Cette fixation se fait lentement, par étapes ; à la naissance elle n'est pas toujours terminée : 18 p. 100 de fœtus à terme ont le cœcum mobile ; dans presque la moitié des cas, par conséquent, aux premiers jours de la vie, le cœcum aura toute facilité de se télescoper plus ou moins profondément ; mais ce fâcheux privilège il ne le garde point. Peu à peu la fixation se fait ou s'achève, et chez l'adulte, dans 8 p. 100 des cas, la partie initiale du gros intestin est solidement amarrée dans la fosse illiaque. »

Outre les conditions anatomiques nécessaires à la production d'une invagination, il en est une autre intéressante à signaler.

Pour qu'une invagination puisse se produire, il faut une inégalité de calibre des segments en présence. Or, tandis que la plupart des tumeurs intéressant l'intestin

grêle (les épithéliomas surtout) entraînent avec elles un processus sténosant de l'anse sur laquelle elles ont leur base d'implantation. Les sarcomes, au contraire, ont là un caractère important qui permet de les différencier macroscopiquement.

Comme nous l'avons vu dans l'étude succinte des caractères anatomiques, le sarcome ne rétrécit pas le calibre intestinal, tout au contraire, dans la majorité des cas, on observe une dilatation considérable de la lumière de l'anse grêle.

En résumé, le sarcome de l'intestin grêle prédispose à la formation de l'invagination par des conditions mécaniques (action de la force de pesanteur et continuité de cette force), par des conditions anatomiques résultant de son siège (l'intestin grêle est mobile et libre dans la cavité péritonéale) et résultant de la dilatation de calibre qu'il crée sur l'anse d'implantation.

CHAPITRE III

OBSERVATION INÉDITE

De M. le Professeur agrégé Michel

Mlle Jeanne J..., âgée de 15 ans 1/2, est envoyée le 26 janvier 1921 pour occlusion intestinale.

Son père est mort à 36 ans de bacillose pulmonaire, sa mère est bien portante. Elle a deux sœurs âgées de 20 ans et de 18 ans qui sont également très bien portantes.

Sans avoir jamais été malade, elle fut cependant bien délicate depuis son enfance et toussait tous les hivers. La maladie actuelle remonte au mois d'août 1920. A ce moment cette jeune fille se plaint de coliques et de constipation. Au bout de quelques jours ces troubles intestinaux disparaissaient pour reprendre après une courte période. Depuis cette époque la malade ressentit à peu près constamment des douleurs abdominales localisées surtout dans le flanc droit et l'hypochondre droit. Par moment se produisaient des crises pendant lesquelles la douleur abdominale se généralisait et s'exaspérait, l'arrêt des gaz et des matières fécales était complet ; puis au bout de 24 à 48 heures la circulation intestinale revenait et la malade ne ressentait plus que la douleur dans le flanc droit.

Au début de janvier, au cours d'une crise, la malade remarqua la présence pendant quelques jours de filets de sang dans ses selles. Elle ne s'en inquiéta pas et n'attira pas l'attention de son médecin sur ce symptôme. Vers le milieu de janvier elle eut à nouveau une nouvelle crise plus longue que les autres, au cours de laquelle les symptômes d'occlusion intes-

tinale s'affirmèrent. La malade fut envoyée le 26 janvier. A ce moment on constate que le ventre est ballonné et douloureux dans toute sa surface. Par moment l'intestin grêle se contracte et ses contractions sont visibles à travers la paroi abdominale. Il y a arrêt presque total des matières et des gaz. La radioscopie faite le 28 janvier montre que le lavement bismuthé est arrêté au milieu du colon transverse. Comme l'état général va en empirant, que les symptômes d'occlusion persistent, que l'arrêt des matières et des gaz devient total et que des vomissements fréquents apparaissent, on décide l'opération. Elle est pratiquée le 29 janvier. Anesthésie au chloroforme, laparotomie sus et sous-ombilicale. On tombe sur une grosseur au milieu du colon transverse, à l'endroit indiqué par la radioscopie. Cette grosseur est constituée par une invagination de l'extrémité du grêle, du cœcum et du colon ascendant dans le colon transverse. Après désinvagination facile du colon ascendant et du cœcum, on constate à travers la paroi la présence d'une tumeur. Résection du cœcum, abouchement termino-terminale de l'intestin grêle au colon ascendant. Suture de la paroi en trois plans, un petit drain est mis à l'angle inférieur de la plaie et extrait au bout de 48 heures.

La réunion de la plaie se fait par première intention.

La température qui, le deuxième jour, était à 39°, tombe en lipsis pour atteindre la normale au quatrième jour. Les suites opératoires furent normales.

Examen anatomo-pathologique. — A la terminaison de l'intestin grêle, à quelques millimètres de la valvule iléo-cœcale, on voit une masse jaunâtre légèrement rosée, du volume d'un œuf de pigeon, présentant quelques ulcérations à sa surface, qui semble infiltrer toute l'épaisseur des tuniques intestinales. La tumeur paraît avoir eu son point de départ sur le bord libre de l'intestin et il ne semble pas que le bord mésentérique soit envahi par la tumeur ; la lumière intestinale n'est pas rétrécie au niveau de la tumeur.

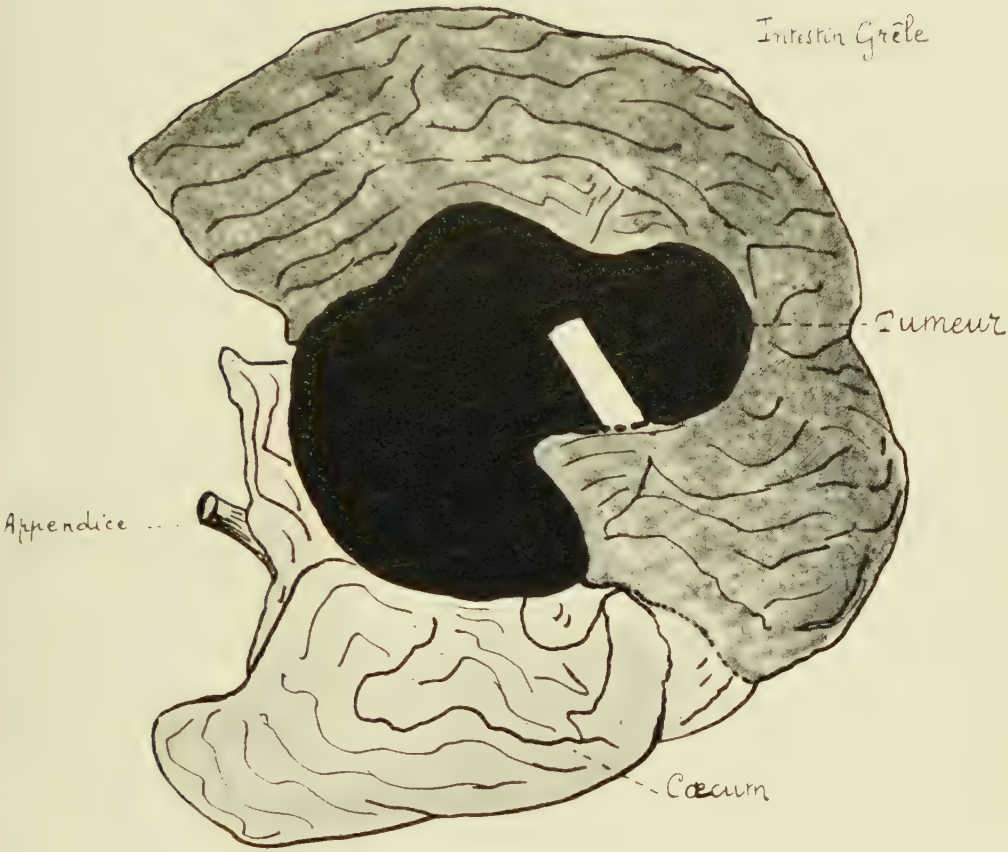


Schéma représentant la topographie de la tumeur

après ouverture de la région iléo-cæcale

(la partie blanche représente le prélèvement fait pour la biopsie)

CHAPITRE IV

Étude clinique

Le sarcome de l'intestin grêle possède une symptomatologie d'emprunt. Comme nous allons le voir, aucun des signes habituellement constatés n'est pathognomonique, aussi est-il rare que le diagnostic soit posé d'une manière catégorique : seule la laparotomie exploratrice fixe le diagnostic. Dans certains cas même, l'examen microscopique est nécessaire pour connaître exactement la nature de la tumeur.

Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, le premier symptôme qui attire le plus souvent l'attention est celui de l'existence d'une tumeur de volume variable, comparé suivant les cas et suivant les auteurs à une tête de fœtus, à une orange, à la grosseur du poing. La perception habituelle de la tumeur à la palpation dérive de son volume en général assez considérable et aussi du fait que l'intestin est relativement superficiel et ne présente pas de points inaccessibles à la palpation, sauf la région de l'angle duodéno-jéjunal. La tumeur a une consistance dure, sa surface est irrégulière, elle est indolore, mate à la percussion, mobile en général ; le siège est variable, le plus souvent compris dans le cadre des colons.

Outre ce symptôme le plus souvent constaté, le sarcome évoluant depuis un certain temps, entraîne comme toutes les tumeurs malignes à un degré de cachexie plus ou moins avancé, mais il est à noter que très précocement les observations signalent un certain état d'amaigrissement et d'anerexie.

L'ascite a été observée quelquefois, dans certains cas c'est une ascite d'origine mécanique, par compression des gros vaisseaux ; dans d'autres cas, il s'agit d'une inflammation du voisinage du péritoine.

Les troubles intestinaux sont variables, comme il arrive souvent en pathologie intestinale. Dans quelques observations aucun symptôme n'a été constaté dans cet ordre d'idées, dans d'autres cas on a observé soit de la diarrhée, soit de la constipation.

Les douleurs vives, revenant sous forme de coliques, sont associées à la présence de la tumeur dans de nombreuses observations.

La fièvre est assez fréquemment observée, et d'après Lecène elle serait la manifestation de petites ulcérations siégeant au niveau de la tumeur. Pour d'autres auteurs elle serait due à la résorption des produits toxiques fabriqués dans le tissu néoplasique, elle aurait par conséquent la même étiologie que la fièvre des néoplasmes de Verneuil. Du 26 janvier, jour de son entrée, au 29, jour de l'intervention, notre petite malade présente une température oscillant autour de 37°5.

Dans l'observation de M. le Professeur agrégé Michel, la malade déclare avoir remarqué, au cours d'une crise, la présence pendant quelques jours de filets de sang dans ses selles. Ce symptôme et exceptionnel, il n'est mention-

né que très rarement dans les observations. Cette rareté est assez étonnante étant donné que la tumeur est très souvent ulcérée, et que le sarcome lui-même est fréquemment le siège d'hémorragies interstitielles.

Dans certains cas, des recherches de laboratoire ont été faites dans le but d'éclairer la symptomatologie peu nette de cette variété de tumeurs malignes de l'intestin grêle.

La recherche de l'indican dans l'urine a été faite deux fois par Libirion et Schmidt, qui en ont trouvé de grandes quantités. D'après Jaffé, cette constatation serait un signe important de sténose de l'intestin grêle. Dans ces cas il se produit, en effet, une putréfaction des matières albuminoïdes dans l'intestin grêle qui donne entre autres produits de l'indol, éliminé par le rein sous forme d'indican (indoxylsulfate alcalin).

L'examen du sang a été pratiqué et n'a donné aucun résultat.

La recherche du bacille de Koch dans les selles a été faite pour aider au diagnostic différentiel de la tuberculose à forme hypertrophique et du sarcome. Cliniquement, ce diagnostic différentiel est possible, car, comme nous l'avons vu, il est de règle de constater dans ces localisations bacillaires, en général à forme hypertrophique, des symptômes nets de sténose : coliques très douloureuses revenant par accès, avec péristaltisme exagéré des anses intestinales visible sous la paroi, et suivies de débâcles diarrhéiques avec bruits musicaux.

Si nous résumons les principaux symptômes que présentent en général les sarcomes primitifs de l'intestin grêle, nous trouvons :

La tumeur abdominale perçue dans 90 p. 100.

La douleur revenant sous forme de coliques par accès

La cachexie souvent précoce.

Le taux élevé de l'indican dans l'urine.

Lorsque l'invagination vient compliquer le sarcome de l'intestin grêle, le tableau clinique est moins net encore. Il s'agit en général d'un adolescent ou d'un adulte, rarement d'un vieillard, se plaignant depuis un temps plus ou moins long (six mois, observation de M. le Prof. agrégé Michel ; quelques mois, observation de Morestin ; huit mois, obs. de Kalliouzis ; trois semaines, obs. de Delore et Leriche ; six semaines, obs. de Sternberg) de troubles intestinaux ayant amené un amaigrissement rapide et progressif. Ces troubles intestinaux sont variables ; quelques fois ils se manifestent par de la constipation (cas de Kalliouzis, observation de M. le Professeur agrégé Michel), assez souvent par de la diarrhée, d'après Rafinesque, plus souvent encore par des alternatives de diarrhée et de constipation comme c'est le cas dans l'observation de Delore et Leriche. Dans tous les cas, on signale de la douleur qui est constante et qui a un siège fixe pour chaque malade (le plus souvent la douleur siège dans le flanc droit et dans l'hypocondre droit). Ce point douloureux correspond évidemment à la tête de l'invagination contenant la tumeur.

A certains moments la douleur s'exacerbe et se généralise, elle s'accompagne d'un arrêt momentané des matières et des gaz qui dure vingt-quatre ou quarante-huit heures, et tout rentre à peu près dans l'ordre. Ces crises d'obstruction incomplète et de courte durée sont dues probablement à un péritaltisme exagéré au niveau de la tête de l'invagination.

Au cours de ces crises les malades signalent en général

la présence de vomissements alimentaires quelquefois, plus souvent bilieux, exceptionnellement fécaloïdes.

Dans l'observation de M. le Professeur agrégé Michel, la petite malade signale, au cours d'une de ses dernières crises, la présence de filets de sang dans ses selles. Le même symptôme est rapporté dans l'observation de Delore et Leriche. Ce signe fait partie de la symptomatologie de l'invagination aiguë, il est moins constant dans l'invagination chronique. Doit-il être considéré comme dû au sarcome ou, au contraire, comme manifestation de l'invagination ? Il est assez difficile de le dire.

Tous ces signes sont donnés par l'interrogatoire, car souvent le malade n'entre à l'hôpital qu'au cours d'une crise d'occlusion plus longue et plus violente. A ce moment l'examen donne les renseignements variables suivant les cas : ballonnement du ventre, quelquefois rétraction, douleur généralisée, contractions péristaltiques de l'intestin grêle qui sont visibles à travers la paroi intestinale (comme dans l'observation de M. le Prof. agrégé Michel). Arrêt total des matières et des gaz, vomissements bilieux puis fécaloïdes. Etat général inquiétant, pouls petit et misérable, facies terreux, sueurs profuses.

Habituellement on fait rentrer dan la symptomatologie de l'invagination la formation d'une tumeur pouvant soulever la paroi abdominale dans certains cas favorables, et décelables toujours à la palpation abdominale.

Leichenstern trouve cette tumeur visible ou palpable dans 63 % des cas d'invagination iléo-cœcale, dans 24 % des cas d'invagination de l'intestin grêle. D'après les classiques, cette tumeur a des caractères spéciaux de forme, en général cylindrique ou en boudin, de siège variable, mais le plus souvent siégeant à l'épigastre ou

dans l'hypocondre droit, dans certains cas même procidant au travers de l'anus ; enfin, cette tumeur est migratrice suivant le sens du cours des matières.

Cette tumeur propre à l'invagination, ajoutée à celle du néoplasme, devrait être toujours perçue dans les cas d'invagination compliquant les sarcomes du grêle.

Or, si nous lisons les observations relatives à ce sujet, nous voyons très rarement ce renseignement noté. L'observation de Potherat signale bien cependant la présence à gauche d'une masse rectiligne, régulière, longue de douze à quinze centimètres, de forme cylindrique, plus sonore à la percussion, mais l'abdomen était rétracté.

Une tumeur est rarement perçue à la palpation ; on pourrait attribuer généralement ce manque de perception à l'état particulier dans lequel se trouve la malade au moment de l'examen. Il est certain, en effet, qu'un malade arrivant en pleine crise d'occlusion présentant un ballonnement du ventre assez considérable est difficile à palper, et qu'une tumeur quelconque, de volume même considérable, pourra passer inaperçue dans ces conditions. Ceci explique la non perception de la tumeur propre à l'invagination.

Pour ce qui est de la non perception de la masse néoplasique, il ne nous semble pas que cet état particulier du malade intervienne seul. Le volume du sarcome lui-même intervient aussi pour son compte ; dans le cas qui nous a été donné d'observer, la tumeur avait les dimensions d'un œuf de pigeon ; dans les observations relatives au même sujet, les mensurations ne sont pas mentionnées, mais il nous paraît difficile à une tumeur de gros volume de pouvoir donner lieu à une invagination. Et ainsi, si nous admettons que les sarcomes de petit

volume peuvent seuls donner lieu à des invaginations, on comprendra aisément qu'une palpation rendue difficile par l'état spécial du malade ne révèle pas l'existence d'une tumeur.

Il est un symptôme que nous ne trouvons mentionné dans aucune observation, c'est le clapotage et la matité déclive généralement observés dans l'occlusion incomplète de l'intestin.

Nous avons recherché dans l'étude de ces symptômes, qui a été faite par A. Mathieu, si ces signes appartenaient à la symptomatologie de l'invagination chronique ; nous n'avons rien trouvé. Il est probable que ces signes doivent exister dans les périodes latentes : l'occlusion incomplète peut amener, en effet, une dilatation assez considérable des anses intestinales sus-jacentes et ces anses peuvent être remplies de liquide. Ce sont ces deux facteurs qui sont indispensables à la production du signe de clapotage ou signe de Ricard et de la matité déclive ou fausse ascite, ou encore signe de Von Litten et P. Delbet.

Mais au moment de l'examen clinique, qui a lieu en général au cours d'une crise aiguë, la surproduction de gaz et la surdistention intestinale ne permettent pas de mettre ces petits signes en évidence.

Diagnostic

La question du diagnostic du sarcome compliqué d'invagination doit comprendre l'étude du diagnostic du sarcome d'une part, et celle de l'occlusion de l'autre. Ce sont deux chapitres d'inégale importance et surtout d'inégale difficulté.

Le diagnostic de sarcome de l'intestin est naturellement fort difficile vu la rareté de la maladie. Dans la plupart des cas, le diagnostic ne se fait qu'au cours de l'intervention ou à l'autopsie. Lecène cite le cas d'un auteur étranger (Westermark) qui fit un diagnostic exact ; mais l'auteur avait eu l'occasion d'observer un cas analogue quelques temps auparavant.

Dans les observations publiées, les diagnostics formulés sont très divers. Chez l'homme, on a pensé à un rein mobile, à la péritonite tuberculeuse, au cancer du gros intestin, à un rétrécissement iléo-cœcal ; chez la femme, les diagnostics de kyste de l'ovaire adhérent, de fibrome utérin, de tumeur solide de l'ovaire, d'appendicite ont été successivement posés. Chez l'enfant on a pensé à la péritonite tuberculeuse, aux adénopathies tuberculeuses, aux tumeurs malignes du rein.

Le point délicat est de localiser exactement le siège de la tumeur : si celle-ci est libre dans l'abdomen, très mobile, correspondant au siège anatomique de l'intes-

tin grêle, le diagnostic est relativement facile ; si, au contraire, des adhérences fixent le sarmome aux organes voisins (gros intestin, utérus, annexes), le diagnostic est impossible, car dans ces cas on pense, à juste raison, à une tumeur de ces différents organes qui sont plus souvent atteints de néoplasie.

La cachexie précoce caractérisée par de l'amaigrissement, de l'asthénie, de l'anorexie est un bon signe observé souvent dès le début de la maladie, il interviendra dans la discussion du diagnostic.

La recherche du bacille de Koch dans les selles devra être faite en cas de diarrhée rebelle pour faire le diagnostic de tuberculose intestinale ; nous avons vu que dans ces cas la recherche est toujours positive, tandis que dans les cas de sarcome où cette recherche a été pratiquée, le résultat a toujours été négatif. Il en est de même de la recherche de l'indican dans l'urine, dont la présence indique un obstacle au cours des matières siégeant plutôt sur l'intestin grêle que sur le gros intestin.

Cette symptomatologie est un ensemble de petits signes insuffisants pour poser un diagnostic. Ce n'est qu'au cours de l'intervention chirurgicale que le diagnostic pourra être posé. Mais à ce moment faudra-t-il encore savoir différencier le sarcome d'avec les autres tumeurs intestinales. La tumeur sarcomateuse est, en général, nous l'avons vu, volumineuse, bosselée, présentant à sa surface des extravasations sanguines ; elle infiltre toute l'étendue de la circonférence intestinale, mais, en règle générale, ne la rétrécit pas. Tout au contraire, on observe le plus souvent une dilatation parfois considérable ; enfin, l'existence de métastases dans le mésentère corres-

pondant est fréquente. Tels sont les principaux caractères macroscopiques qui signalent le sarcome.

Dans le cas qui nous intéresse, il ne semble pas que la tumeur soit un signe susceptible de retenir notre attention ; il semble, au contraire, que dans le cas de sarcome compliqué d'invagination, la tumeur soit d'un petit volume (volume d'un œuf de pigeon, observation de M. le Professeur agrégé Michel ; volume d'une noix, observation de Potherat ; tumeurs non perçues à la palpation dans d'autres observations).

Ce n'est donc pas sur le volume que nous pourrons différencier macroscopiquement le sarcome de l'épithelioma, qui lui aussi est petit (noix, marron). C'est sur ce fait, plusieurs fois énoncé antérieurement, que l'épithelioma entraîne presque toujours avec lui un processus sténosant. Or, qui dit processus sténosant, dit difficulté, voire même impossibilité à entraîner une invagination dans ses complications.

Le diagnostic clinique du sarcome du grêle est donc extrêmement difficile. Dans certains cas, l'indication opératoire étant posée, la résection faite, il faut le secours du microscope pour affirmer l'existence du sarcome. C'est qu'en effet la tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique, signalée par Tuffier, peut être confondue très facilement avec un sarcome. Lecène cite l'exemple suivant : « M. Tixier (de Lyon) présente le 26 juin 1902, à la Société de Chirurgie de Lyon, une pièce provenant d'une résection de l'intestin grêle qu'il avait faite la veille. La tumeur enlevée, dit l'auteur, est constituée d'une part par un néoplasme annulaire et sténosant qui a amené une dilatation considérable du segment sus-stricturel ; d'autre part, par une infiltration diffuse du mésen-

tère adjacent qui est bourré de ganglions et constitue une masse large comme la main et épaisse de plus de cinq centimètres. » Il semblait bien s'agir ici soit d'épithelioma, soit de sarcome primitif de l'intestin grêle. En réalité c'était de la tuberculose, comme le montra l'examen histologique fait par Pairot.

L'invagination arrivant comme complication vient-elle encore augmenter les difficultés, ou au contraire aider à la solution du problème ?

Le diagnostic de l'invagination classique est simple : arrêt des matières et des gaz pendant plus de vingt-quatre heures, ballonnement du ventre, mouvements péristaltiques violents de l'intestin, visibles à travers la paroi abdominale, vomissements bilieux, puis fécaloïdes, présence d'une tumeur cylindrique, fixent le diagnostic. Mais il est rare que tout ce tableau se rencontre au complet dans le cas qui nous occupe.

Dans le cas de tumeur en général, l'invagination arrivant comme complication est plus souvent chronique qu'aiguë. Dans ces cas le diagnostic reste souvent en suspens ; on doit attendre la crise aiguë caractérisée, outre les symptômes généraux, par l'arrêt des matières et des gaz pour suspecter l'occlusion intestinale.

Est-il possible de faire le diagnostic de la localisation de l'invagination ? Ceci nous paraît difficile sinon impossible. Cependant dans certains cas, lorsque la palpation permet de déceler une tumeur en boudin, limitée et mobile, on pourra penser à une invagination du grêle dans le grêle. Gay attache aussi une certaine importance à l'expulsion des mucosités sanglantes, ce symptôme, d'après lui, serait assez habituel et précoce dans les invaginations intra-cœcale, exceptionnel dans les invagina-

tions du grêle. Nous n'avons pas remarqué ce petit signe chez la petite malade que nous avons observée.

En somme, dans l'immense majorité des cas, un seul diagnostic est posé, c'est celui d'occlusion intestinale sans préjuger sa cause, c'est ce diagnostic qui fait porter l'indication opératoire, indication qui permettra, après la laparotomie exploratrice, de fixer exactement le diagnostic et d'appliquer le traitement.

Pour fixer le siège de l'occlusion, nous ne pouvons avoir recours qu'à l'examen radioscopique. Celui-ci a été pratiqué chez la petite malade que nous avons observée, chez laquelle nous avons vu que le lavement bismuthé s'arrêtait au milieu du colon transverse environ. Mais cet examen radiographique ne peut être que très rarement fait, comme le prouvent les observations dans lesquelles aucune mention n'est faite. Etant donnée l'allure aiguë de l'affection au moment de l'examen, l'intervention immédiate s'impose, et le chirurgien n'a pas le temps de soumettre le malade à un examen radioscopique.

Radioscopie montrant l'arrêt du lavement bismuthé
au milieu du colon transverse

Evolution et pronostic

Les sarcomes en général ont une marche rapide ; de toutes les tumeurs malignes, ce sont celles qui se terminent le plus souvent et le plus rapidement par la mort.

Le sarcome de l'intestin grêle ne fait pas exception, au contraire, il semble qu'il ait une évolution plus rapide encore que ceux des territoires anatomiques voisins. La mort arrive en général par cachexie progressive. D'après Lecéne, la durée de l'évolution est variable suivant les formes anatomiques. Dans les cas non opérés, il trouve une durée moyenne de quatre à six mois entre le début de la maladie et la mort du malade pour les sarcomes globo-cellulaires ou les lymphadénomes, une durée de huit à dix mois dans les cas de sarcome fuso-cellulaires.

L'invagination venant compliquer cette affection si grave, si rapide, mortelle dans presque tous les cas, doit-elle être considérée comme une complication bienfaisante ? Etant donné que le sarcome du grêle a une symptomatologie floue sans signes particuliers, qui ne permet pas souvent au clinicien le plus éclairé de faire un diagnostic, que peut faire l'invagination ?

Mais cette complication plus nette par ses symptômes, par conséquent plus facile à diagnostiquer, viendra révéler au clinicien une occlusion intestinale sans préjuger

ni de sa nature ni de sa cause. En même temps que l'on posera le diagnostic, on posera l'indication opératoire, et du même coup le chirurgien lèvera l'obstacle et pratiquera l'ablation de la tumeur.

Or, dans presque tous les cas d'invagination due à une tumeur sarcomateuse, nous avons vu que celle-ci était de faible volume, des dimensions d'une noix, d'une amande, d'une tête de camomille. Ce ne sont pas les tumeurs du volume d'une tête de fœtus, d'une grosse orange, que Lecéne décrit dans sa thèse.

En un mot, le sarcome compliqué d'invagination, du fait même qu'il entraîne cette complication est moins évolué dans l'espace, on est donc autorisé à penser qu'il est aussi moins évolué dans le temps. La pronotic est moins sombre pour ces cas ; la tumeur, à ce stade, peut encore occuper toute entière son point de greffe et n'avoir pas donné de localisations secondaires sur les ganglions ou sur d'autres organes par la voie sanguine.

Traitement

Le traitement du sarcome de l'intestin grêle et de l'invagination qui le complique ne saurait être que chirurgical. Nous citerons pour mémoire les procédés mécaniques non chirurgicaux, décrits par Rafinesque (*Etude sur les invaginations intestinales chroniques*, thèse de Paris, 1878), dont les principaux sont :

I. La malaxation de la tumeur à travers la paroi abdominale.

II. L'insufflation rectale.

III. L'injection de liquide sous-pression dans le gros intestin.

Il en sera de même des procédés palliatifs employés avant l'avénement de la chirurgie aseptique (anus artificiel, anastomose, exclusion).

Si nous lisons les différentes observations, nous voyons que très souvent le diagnostic ferme n'est pas porté, on ne songe pas à une tumeur ayant amené une invagination. Seul, le diagnostic d'intervention est posé.

Devant les symptômes qu'accusent le malade on pense à une obstruction ; ce n'est pas l'iléus, c'est l'obstruction chronique à allures subaigues.

Rarement l'examen radiographique a pu être fait ; dans le cas que nous avons observé, la radioscopie a

montré que le lavement bismuthé s'arrêtait au milieu du colon transverse.

On fait donc une laparotomie, médiane le plus souvent, quelquefois latérale. On tombe sur une masse volumineuse localisée dans le flanc droit, on l'examine, on l'extériorise autant qu'on le peut, on reconnait qu'il s'agit d'une invagination.

A ce moment, différents procédés sont à la disposition du chirurgien suivant que la désinvagination est possible ou non.

Envisageons le cas où la désinvagination est possible, comme dans le cas de l'observation de M. le Professeur agrégé Michel. On emploie la méthode décrite par Jalaguier en particulier, qui comprend deux manœuvres simultanées d'inégale importance : la traction simple sur le bout invaginé et sur le bout invaginant, l'expression ou le refoulement du boudin : la deuxième manœuvre devant toujours précéder la première. C'est, en somme, une manœuvre analogue à celle de la réduction de paraphimosis. Mais une fois la désinvagination faite prudemment, il ne faudra pas manquer d'examiner soigneusement la portion de l'anse invaginée, voir d'une part l'état de cette portion d'intestin, et ensuite palper ses parois pour ne pas laisser échapper une tumeur qui pourrait être de très faible volume.

Cette palpation nous a révélé l'existence d'une tumeur qui peut être soit une tumeur inflammatoire, soit un néoplasme, soit de la tuberculose hypertrophique. Dans tous les cas, le chirurgien ne vise qu'un but : c'est celui de la résection de l'anse qui a servi de base d'implantation à la tumeur. Ici une question se pose : doit-on faire une résection d'emblée ? L'état général du malade doit

nous aider à répondre à la question. Si l'état général est bon, si des phénomènes aigus d'occlusion ne durent pas depuis très longtemps, on fera une résection d'emblée.

Si, au contraire, l'état général du malade est inquiétant, si le pouls est petit et misérable, le facies terreux, si, en un mot, le malade n'est pas en état de subir une chloroformisation un peu longue, et de supporter le choc opératoire, une fois la désinvagination pratiquée, on procèdera à la fistulisation ou encore à l'extériorisation de la tumeur. La fistulisation est suivie d'un abouchement à la peau suivant la méthode habituellement employée dans les anus contre nature. C'est cette méthode qui a été employée dans l'observation de Morestin. Quant à l'extériorisation on peut employer les procédés qui ont été décrits par P. Duval au Congrès de Chirurgie en 1913 (procédé de Bloch ou extériorisation sans section du meso, procédé de Mickulicz ou extériorisation avec section du meso).

Dans un deuxième temps, quand l'état général du malade sera amélioré, on pratiquera l'enterectomie.

Tels sont les différents procédés brièvement schématisés, qui sont à la disposition du chirurgien dans le cas où la désinvagination est possible.

Envisageant le cas où celle-ci est impossible, le chirurgien a le choix entre deux procédés : la résection en masse de tout le segment invaginé, la résection du boudin dans la gaine.

Le premier procédé est une véritable enterectomie, rendue difficile cependant par l'interposition du mésentère entre les deux cyclindres externe et interne de l'invagination. L'hémostase et l'extériorisation de la lésion sont

particulièrement pénibles du fait de la rétraction du méso qui fixe presque contre la paroi abdominale postérieure les anses intestinales voisinant l'invagination. C'est le procédé le plus habituellement employé, mais les statistiques donnent en général une mortalité énorme.

Magnoux sur 6 cas opérés note 4 morts.
Gibson sur 14 cas opérés note 10 morts.
Andry sur 18 cas opérés note 10 morts.

Avec ce procédé l'indication de la résection vient non pas de la tumeur, qui souvent, si elle est peu volumineuse, a pu passer inaperçue ; mais surtout de l'invagination dont la réduction est impossible. Il ne faudra donc pas omettre dans ce cas de palper le segment reséqué, et si on sent une tumeur dans l'épaisseur des parois de l'intestin, de revenir sur le mésentère afin de rechercher les ganglions que la tumeur aurait déjà pu envahir.

La résection du boudin dans la gaine comprend un certain nombre de procédés dont les principaux sont ceux de Mamisell, Kœnig, Jersed, Barker, Gerny. Cette méthode comprend cinq temps principaux :

1) Incision longitudinale de la gaine sur une longueur de quatre à cinq centimètres.

2) Le boudin est saisi et attiré au dehors.

3) Section du boudin au-dessus de deux pinces placées aussi près que possible de la gaine.

4) Ligature du mésentère compris entre les deux cylindres de l'invagination.

5) Affrontement des deux cylindres emboîtés par double suture séro-séreuse et muco-muqueuse, et suture de l'incision de la gaine.

Cette méthode a eu beaucoup d'adversaires du fait du troisième temps de la méthode qui consiste à mettre en

contact avec le reste de l'abdomen ou tout au moins avec le champ opératoire une masse aussi septique que celle constituée par le boudin de l'invagination. Des précautions aseptiques relativement simples, telles que champ opératoire, gants, aiguilles, matériel changés après la section du boudin pourront écarter les craintes de l'infection.

La résection en masse s'applique plutôt aux cas d'invagination peu étendue, c'est une méthode idéale au point de vue théorique, mais qui donne une forte mortalité. Pour les grandes invaginations, c'est-à-dire pour celles où la tête de l'invagination est loin du collier, la méthode de la résection du boudin dans la gaine paraît plus avantageuse, c'est du moins l'avis des chirurgiens lyonnais qui semblent la considérer comme la méthode de choix.

De plus, cette méthode permet de reconnaître la tumeur sitôt l'incision de la gaine, et elle ne risque pas de passer inaperçue si elle est de petit volume, comme dans la méthode de la résection en masse.

Quelle que soit la méthode employée (désinvagination suivie de résection, ou résection d'emblée, ou enfin résection du boudin de la gaine), il faudra toujours penser à la recherche des ganglions mésentériques et pratiquer leur ablation. Pour ce qui est de la technique, deux cas sont à envisager d'après Lecène, et l'auteur dit : « Nous pensons que la résection du mésentère doit être variable suivant les cas. S'il n'existe pas d'adénopathie ou de métastase appréciable au moment de l'opération, on pourra s'arrêter dans la résection du mésentère à l'arcade vasculaire qui avoisine le bord concave de l'intestin grêle. Si au contraire, il existe des ganglions volumineux ou

des noyaux secondaires dans le mésentère, il ne faudra pas hésiter à les enlever, avec cette restriction cependant que si l'infiltration s'étend jusqu'à la racine du mésentère, toute tentative d'opération radicale est inutile. »

L'auteur envisage aussi une technique spéciale dans le cas où les ganglions atteignent les premières branches de la mésentérique supérieure, chacune de ces branches irrique un territoire de mésentère et d'intestin en forme de coin dont la base correspond à une anse grêle. Dans ces cas il suffit donc de reséquer une grande longueur d'intestin et cette entérectomie considérable est compatible avec une longue survie (Kukula put reséquer 2 m. 37 d'iléon, Ruggi 3 m. 30 et obtenir une guérison opératoire parfaite).

Mais si nous lisons les observations relatives aux sarcomes compliqués d'invagination, nous voyons rarement mentionnée la présence d'un ganglion mésentérique. Seule, l'observation N° 1 mentionne l'existence d'un petit ganglion. Cette constatation vient encore à l'appui de notre hypothèse, à savoir que le sarcome qui donne l'invagination est de petit volume, et que son évolution, quoique rapide, n'est pas suffisante pour donner lieu à des localisations secondaires. Si celles-ci existent, elles restent localisées au foyer primitif, dans les ganglions immédiatement tributaires de la région envahie. Il nous semble difficile, sinon impossible, de trouver à ce stade des localisations viscérales.

La résection effectuée, il reste à suturer les deux bouts de l'intestin pour rétablir le cours des matières.

Trois méthodes sont employées :

1) L'entéroraphie circulaire ou suture termino-terminale.

2) La suture latéro-latérale.

3) La suture termino-latérale.

Nous ne parlerons que des deux premières, étant donné que nous n'avons trouvé le troisième procédé dans aucune observation. La première méthode a été employée par M. le Professeur agrégé Michel et par M. E. Potherat. Nous ne la retrouvons pas mentionnée dans les autres observations. Jusqu'à ces derniers temps cette méthode passait pour donner assez souvent un rétrécissement cicatriciel au niveau de l'anastomose. Or, en 1918, à propos d'un rapport fait à la Société de Chirurgie au sujet d'un sarcome de l'intestin grêle, P. Delbet dit : « La crainte du rétrécissement est chimérique, il y a quelque trente ans, j'ai porté à la Société anotomique des intestins de chiens chez qui j'avais pratiqué des sutures termino-terminales du grêle et que j'avais conservés six mois. On ne pourrait même plus retrouver les points suturés. »

2) La suture latéro-latérale était considérée autrefois comme la meilleure méthode. Nous la retrouvons mentionnée dans l'obs. II (Morestin), obs. III (Kalliouzis), obs. IV (Gay). Elle a l'inconvénient de laisser au-dessous d'elle un véritable cœcun où les matières peuvent s'accumuler ; de plus, elle est plus longue à effectuer. Il semble qu'actuellement elle soit moins souvent employée que la suture termino-terminale.

En résumé, en présence d'un sarcome du grêle compliqué d'invagination, la technique opératoire est la suivante :

Après incision de la paroi et mise à nu de la lésion, essai de désinvagination suivie de résection avec entérorraphie circulaire termino-terminale.

Si la désinvagination simple ne réussit pas, et c'est

très souvent le cas, entérectomie suivie de suture termino-terminale, si l'invagination n'est pas trop étendue, dans le cas contraire on pourra essayer la résection du boudin dans la gaine suivant la technique préconisée par Delore et Leriche.

Quels sont les résultats opératoires immédiats et éloignés ? Il est assez difficile de donner des chiffres précis ayant un intérêt pratique, étant donné la rareté de l'affection et le nombre relativement restreint des opérations chirurgicales faites en vue d'une cure radicale. Lecéne donne une mortalité globale de 25 p. 100. Mais l'auteur ajoute que ce chiffre élevé tombe à 9 p. 100 quand le sarcome n'est pas adhérent, ce qui permet une extériorisation de l'intestin.

Or, c'est le cas du sarcome compliqué d'une invagination. Celle-ci comprend comme facteur de formation la mobilité de l'intestin. Si, maintenant, on admet la présence obligatoire d'une tumeur peu évoluée, nous pensons que la mortalité doit tomber à un taux inférieur à 9 p. 100.

Pour ce qui concerne les résultats éloignés, la récidive est fréquente dans les cas de sarcomes de gros volume, mais les mêmes arguments nous portent à croire que le sarcome du grêle, compliqué d'invagination, doit permettre au chirurgien de porter un pronostic moins sombre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie*, 4 mai 1921)

Rapport de M. E. Potherat

Je soignais dans mon service de Bon-Secours un garçon de 26 ans pour une affection chirurgicale d'un membre qui suivait une évolution normale et régulière sans que rien n'attirât notre attention sur une particularité autre.

Or, un jour, à midi, alors qu'il venait d'achever son repas avec appétit, il ressentit tout à coup dans le flanc gauche une douleur violente, accompagnée de vomissements alimentaires abondants. La douleur arrachait des cris au malade qui était en même temps couvert de sueurs profuses et froides, avec un pouls petit et misérable. L'état avait en très peu de temps un caractère inquiétant. Le Dr G. Potherat, mon assistant, qui le vit à ce moment, incapable d'appliquer à ces symptômes un diagnostic précis, croyant à la possibilité d'une violente indisposition, prescrivit une médication calmante et d'attente.

Il y eut un peu d'atténuation dans les phénomènes d'abord ; puis, à 4 heures du soir, ils reprirent avec une violence nouvelle et très rapidement l'état général devint alarmant. Je trouvai le malade avec la voix brisée, le faciès tiré, crispé, en proie à des douleurs abdominales atroces, se tordant sur lui-même et me suppliant de l'opérer. L'abdomen, d'ailleurs, plutôt rétracté, présentait une particularité bien curieuse : à

gauche et au-dessus de l'ombilie, derrière le muscle droit, il existait une masse rectiligne, régulière, longue de 1 à 15 cm, grosse comme le corps d'un litre en verre dont elle avait la forme, nettement saillante, sonore à la percussion. Il n'y avait plus de vomissements ; ni gaz, ni matières n'avaient été rendus. Seule l'idée d'une occlusion intestinale pouvait expliquer la présence de cette dilatation sonore ; encore m'était-il bien difficile de comprendre pourquoi cette occlusion avait une manifestation locale et limitée.

J'ouvris l'abdomen verticalement au niveau du muscle droit gauche, et arrivé dans le ventre je trouvai une lésion très curieuse qui me troubla d'abord et dont bientôt j'eus la clef. Au méso, tendu au maximum, était appendue une dilatation intestinale très localisée. Elle commençait à 8 cm. environ du muscle de Treitz et se continuait sur le jéjunum à partir de la troisième partie du duodénum ; je trouvai au début de la dilatation un collier régulier dans lequel s'enfonçait le jéjunum ; au contraire, quand à l'autre extrémité de la dilatation je remontai de l'iléon vers l'estomac, je sentai un bourrelet régulier. Il y avait donc invagination du jéjunum dans l'iléon. L'exploration point par point de la dilatation me permettait de sentir à son extrémité distale une masse charnue et dure, tumeur de corps étranger. J'essayai de désinvaginer, tirant en haut sur le jéjunum, refoulant de bas en haut sur l'iléon, toutes mes tentatives furent vaines, impossible de gagner un centimètre. Je résolus de faire une résection de toute la partie invaginée, résection suivie d'un abouchement des deux orifices sectionnés ; en sectionnant le méso, je vis dans son épaisseur une tumeur grosse comme une noix, qui jusque là m'avait échappé.

L'examen de la pièce enlevée montra qu'il y avait dans le jéjunum, sur son bord libre, une tumeur charnue qui avait entraîné le jéjunum en occlusion dans l'iléon ; la rétraction de celui-ci sur la tumeur avait empêché la désinvagination, toute la partie invaginée était noire, gorgée de sang. La tumeur développée dans le mésentère était un ganglion.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION II

(*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1910)

Rapport de Morestin

Homme de 25 ans. Depuis quelques mois troubles intestinaux, symptomatiques d'une entéro-colite. Amaigrissement notable. Au moment de l'examen, il était depuis trois jours en état d'occlusion intestinale. Le ventre est météorisé, et sous les parois se dessinent les contractions péristaltiques des anses distendues. Violentes coliques revenant toutes les dix minutes, le malade ne peut émettre ni selle, ni gaz ; vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Douleurs siégeant surtout dans la fosse iliaque droite ; la palpation rendue difficile par le ballonnement du ventre, ne permet de sentir aucune tumeur.

Laparatomie latérale sur le bord extérieur du muscle droit. Invagination dont le collier est à quelques centimètres environ du cœcum et dont le boudin s'enfonce à trouver la valvule iléo-cœcale dans le cœcum. Réduction de l'invagination impossible ; étant donné l'état du malade, on établit un anus artificiel sur l'iléon, tout près de l'obstacle. Les suites furent bonnes.

Quelques temps après on pratique la résection de l'anse où l'anus artificiel avait été établi, en même temps que de toute la masse formée par l'invagination, terminaison du grêle et cœcum. Anastomose latérale de l'iléon et du colon ascendant, suites excellentes. Sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION III

(*Bulletin Soc. Chirurgie*, Paris 1910)

Rapport du Dr Kalliouzis (d'Athènes)

Homme de 30 ans, rien dans ses antécédents, pas de syphilis. Il y a huit mois a présenté des troubles intestinaux caractérisés par son médecin comme symptôme d'entérocolite. Un peu plus tard notable amaigrissement, dans la fosse iliaque droite se développe une tumeur qui, depuis trois mois, aug-

mente rapidement de volume et des symptômes de constipation ont commencé à apparaître. Cette constipation se termine par une occlusion intestinale durant trois jours.

Il entra à l'hôpital ; état général peu altéré, pas de selles ni de gaz depuis trois jours, ventre un peu dur, mais pas ballonné, pouls assez bon, au palper on sent une grosse tumeur à la fosse illiaque droite, le toucher rectal ne donne rien.

Laparatomie verticale latérale sur le bord externe du muscle droit, on tombe sur une tumeur de la grosseur d'une tête d'embryon, invagination de l'iléon vers le cœcum à travers la valvule iléo-cœcale. Comme l'invagination est impossible à réduire, on fait la résection iléo-colique, et l'anastomose latéro-latérale de l'iléon avec colon ascendant. Suites opératoires très bonnes.

Sarcome typique à petites cellules rondes.

OBSERVATION IV

(*Société vaudoise de médecine*, 5 juillet 1913)

Rapport de Gay

Homme 21 ans, pris brusquement en pleine santé, le 9 mai, à 15 heures, de douleurs violentes dans l'abdomen avec évanouissements, suivies de vomissements alimentaires d'abord, puis mélangés de stries brunâtres. Un état nauséeux avec douleur sourde continue dans la région ombilicale, alternant avec des douleurs paroxystiques, intermittentes, accompagnées de sueurs, d'angoisse, persiste tout le reste de la journée. Le malade est vu en consultation dix heures environ après le début de la crise. L'état général est des plus rassurants ; pouls tranquille, normal, pas d'élévation de température, abdomen non ballonné, pas de gargouillement, ni de peristaltisme visible ; aucun gaz ni selles depuis le début de la crise ; paroi abdominale souple, fosse illiaque libre, la palpation est toutefois douloureuse dans la région ombilicale et l'abdomen se tend lord des crises intermittentes : on ne peut dire que l'on sente une tumeur, mais quelque chose de vague, d'un

peu plus résistant et surtout plus douloureux au-dessous de l'ombilic. Le résultat du toucher rectal est négatif. On ne trouve rien donc, ni à la vue ni à la palpation pour aider au diagnostic, mais la brusquerie du début, la marche des douleurs et leur caractère, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz semblaient suffisamment indiquer qu'il se passait quelque chose d'anormal et sans attendre des symptômes plus alarmants, nous proposons l'intervention. Laparatomie : invagination du grêle sur une longueur de vingt centimètres.

Désinvagination impossible, résection de tout le segment d'invagination. Entéro-anastomose latérale.

Tumeur sessile arrondie, du volume d'une grosse camomille, à surface ulcérée, implantée dans la paroi intestinale. Cette tumeur formait la tête de l'invagination. La coupe montre qu'il s'agit d'un lympho-sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION V (*observation résumée*)

DELORE et LERICHE, 1908

(Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie)

Il s'agit d'un homme de 68 ans, soigné et opéré antérieurement pour une tumeur de la région angulo-maxillaire gauche.

Il revient dans le service le 2 avril 1907, se plaignant de douleurs abdominales ayant débuté assez brusquement, sans cause connue, et survenant sous forme de coliques, parfois très vives, quatre à cinq heures après le repas du soir. Avec ces phénomènes douloureux apparurent de la constipation, coupée de périodes diarrhéïques, avec selles fétides. A plusieurs reprises, le malade constata du sang noir dans ses selles. Ces signes abdominaux s'accompagnèrent de vomissements, soit alimentaires, soit bilieux, mais jamais il n'y eut d'hématémèse. L'état général se modifia également : inappétence, léger amaigrissement. A noter une paralysie faciale gauche survenue quelque temps après l'ablation du ganglion au mois de janvier et qui n'a pas rétrocédé depuis. La cicatrice due à l'ablation du gan-

glion sous-maxillaire est souple, sans récidive. Il n'y a pas eu de troubles auditifs.

A son entrée, le malade, examiné, présentait un abdomen un peu distendu ; la percussion donnait du tympanisme et faisait naître des contractions intestinales douloureuses semblant partir de la fosse iliaque gauche pour remonter vers l'ombilic et se perdre dans la fosse iliaque droite, sans dessiner nettement pour cela la forme du colon. L'estomac n'était pas dilaté. Au palper on avait du clapotage cœcal, et la pression dans la fosse iliaque gauche faisait entendre un bruit hydro-aérique, dû probablement au passage de liquides et de gaz à travers une portion intestinale rétrécie.

Pas de sensation de tumeur. Par le toucher rectal on sentait, haut située, une tumeur allongée dure, bien mobile transversalement. Pas de ganglions inguinaux.

En présence de ces signes, M. Delore pense à un néoplasme intestinal, siégeant au niveau de la partie inférieure de l'anse sigmoïde et décide d'intervenir de suite. Le 4 avril 1907, il pratique une laparotomie sous-ombicale médiane et se porte du côté de la région abdominale où le toucher rectal avait fait percevoir une tumeur.

Il reconnaît une invagination intestinale, d'une longueur de 40 centimètres environ, portant sur une partie de l'intestin grêle. La désinvagination put être très facilement faite, et l'on reconnut par le palper la présence d'une tumeur faisant saillie dans la cavité intestinale, et qui, par son propre poids, avait attiré le segment intestinal sus-jacent dans la portion du grêle située au-dessous d'elle.

On réséqua l'anse grêle contenant la tumeur et l'on mit un bouton. Fermeture de la paroi.

Le malade guéri de son intervention avec des fonctions intestinales régulières, est présenté par M. Adler, en mai (1907), à la Société de Sciences médicales de Lyon.

La tumeur enlevée, de la grosseur d'une grosse noix, était appendue à la paroi de l'intestin par une large base. Pas de modification du tube intestinal autour de la tumeur. Celle-ci, lisse, est de coloration noirâtre, truffée, surtout dans sa partie

périphérique comme on le voit à la coupe, et ressemble à une tumeur mélanique. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait en effet d'un épithélioma mélanique secondaire de l'intestin grêle.

OBSERVATION VI

De Vallenberg

(*Ein Fall von Invagination in Folge eines Sarkomes in Ileum-Berliner Klin Wochenschrift*, 1864, p. 497)

Jeune fille, 21 ans. Elle raconte que le 9 octobre, elle a été prise brusquement de douleurs d'estomac, de malaise et de vomissments ; depuis trois jours, à ce moment, elle souffrait de constipation rebelle. Depuis lors, elle a toujours eu de vives douleurs stomacales et de la diarrhée intermittente. L'abdomen est distendu, mais non douloureux. Le jour de l'admission à l'hôpital, le 16 octobre, l'abdomen est météorisé, mais douloureux seulement dans la région épigastrique. Le 17 octobre, la malade vomit en abondance un liquide verdâtre ; pendant trois jours il n'y eut pas de garde-robe. Le météorisme augmente beaucoup et la malade eut deux vomissements fécaloïdes abondants. On donna un bain chaud et huit lavements ; la malade rendit alors du pus par l'anus, ainsi qu'un segment d'intestin de la longueur d'un pied. Depuis lors, vomissements fécaloïdes presque quotidiens, et les lavements ne ramenèrent qu'un peu de pus et de mucus intestinal. La température s'élève à 38°6. L'abdomen se distendit de plus en plus en restant peu douloureux. Mort le 1er novembre dans le collapsus progressif.

A l'autopsie on trouva une invagination iléo-cœcale qui s'était formée après l'élimination du segment d'intestin qui correspondait à la fin de l'iléon. Il n'y avait nulle part de sténose absolue. L'examen histologique du segment intestinal éliminé montra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire développé aux dépens de la sous-muqueuse intestinale.

OBSERVATION VII

De Homolle

(*Bulletin Soc. anat. de Paris*, 1870, p. 260)

Homme adulte. Entre dans les premiers jours de mars 1870 pour une hernie inguinale droite, devenue irréductible la veille. Des tentatives de taxis prolongées faites en ville n'avaient eu aucun résultat. Au bout de deux jours la hernie diminua beaucoup de volume, mais il resta au dehors une masse cylindrique, ferme, régulière, qui descendait jusqu'au niveau du testicule et ne présentait pas les caractères habituels de l'epiploon hernié adhérent.

Bien qu'il fût évident que l'intestin avait été réduit, bien que le cours des matières se fût rétabli, des nausées et des vomissements se produisirent bientôt, que rien ne put arrêter.

Les matières vomies étaient bilieuses, les selles diarrhéïques, jaunâtres, parfois sanglantes. Le ventre était peu douloureux, non ballonné. Deux jours avant la mort, cependant, il se montra tendu, et trois saillies se dessinèrent vers l'ombilic et les flancs, assez semblables à celles que forment les anses intestinales distendues dans les cas d'étranglement interne, mais ne présentant aucun mouvement péristaltique. La fièvre était peu intense, le pouls petit, faiblement accéléré. Il s'agissait manifestement d'une obstruction intestinale incomplète avec péritonite subaïgue, et on pouvait penser, soit à un pincement par une bride fibreuse, soit à une invagination. Le malade, pâle et maigre à son entrée, avait pris dans les derniers temps un aspect cachectique. Il mourut le 24 mars 1870.

Autopsie. L'estomac est fortement dilaté. A soixante centimètres du pylore, il existe une invagination intestinale, une seconde vers le milieu de l'iléon, une troisième un peu plus bas, une dernière enfin, plus considérable, s'avance jusqu'à dix centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

Il suffit de rompre de faibles adhérences pour détruire ces invaginations ; elles répondent à des masses polypiformes à surface ulcérée saignante. Deux tumeurs moins volumineu-

ses se rencontrent à la fin de l'intestin grêle, elles ne sont pas ulcérées.

A la coupe, le tissu qui constitue les tumeurs est assez ferme, d'un blanc rosé, d'aspect encéphaloïde et laisse un suc laiteux. Les autres organes abdominaux sont sains, les ganglions mésentériques peu volumineux.

L'examen histologique indique qu'il s'agit de sarcome.

OBSERVATION VIII

De Stenberg

(*Wiesser Klin. Wochenschrift*, 1901, n° 42, p. 1043)

Homme de 44 ans, reçu le 2 juin 1899 à la clinique médicale pour une diarrhée rebelle. Depuis six semaines, il existe de la diarrhée et des douleurs abdominales. Depuis un mois, l'amaigrissement est notable. Il n'y aurait pas eu de pus dans les selles.

Habituellement l'abdomen est un peu distendu. Au-dessous de l'ombilic, dans la région hypogastrique, on sent une tumeur dure, très douloureuse, qui semble être une anse intestinale grêle. Les selles sont brunâtres, très liquides et sanglantes.

L'autopsie montre qu'il existait au niveau du jéjunum douze tumeurs polypiformes, de la grosseur d'une noix environ, à surface irrégulière ; ces tumeurs sont sous-muqueuses, recouvertes en partie par la muqueuse intestinale, mais pour la plupart ulcérées à leur extrémité libre. A la coupe, ces tumeurs sont composées de nodules durs, blanchâtres, de la grosseur d'un petit pois ou d'un haricot. Ces tumeurs sont disséminées à l'intérieur du jéjunum ; le reste de l'iléon et le gros intestin n'en contiennent pas. Entre le jéjunum et l'iléon se trouve une invagination intestinale. Après ouverture de l'anse engainante (intussuscipiens) on voit que l'anse angainée (intussusceptum) porte à son extrémité une tumeur nécrosée, en tous points semblables aux autres tumeurs du jéjunum. Sur un autre segment plus central du jéjunum on trouve également

une autre invagination longue de cinq centimètres ; là encore, une tumeur pédiculée siège au sommet de l'anse engainée. Au niveau de ces deux invaginations, la muqueuse des anses engainées est très œdématisée, infectée et en partie nécrosée. La muqueuse de l'iléon présente en différents points de petites ulcérations de la muqueuse, qui est partout œdémateuse et infectée. Les ganglions rétro-peritonéaux et mésentériques sont augmentés de volume et gris rougeâtres à la coupe.

Il existe à la base du poumon droit une métastase néoplastique ; les reins et le foie montrent des lésions de dégénérescence anuploïde avancée.

Examen histologique. Sarcome alvéolaire de la sous-muqueuse du jéjunum ; métastase dans le poumon droit.

CONCLUSIONS

La rareté de l'affection que nous avons étudiée dans ce modeste travail, le petit nombre d'observations que nous avons pu relever ne nous permettent pas d'apporter des conclusions fermes.

Des trois variétés de sarcome communément observés, la variété globo-cellulaire à petites cellules rondes est la plus fréquente si l'on fait rentrer dans ce groupe les lympho-sarcomes ; c'est dans ce dernier type que rentre la tumeur de la malade observée dans le service de M. le Professeur agrégé Michel.

L'invagination compliquant le sarcome du grêle est possible, et même relativement fréquente, parce que le sarcome n'entraîne pas un processus sténosant, par opposition à l'épithélioma ou à la tuberculose hypertrophique. De plus, il siège sur une anse libre et mobile, caractère propre de l'intestin grêle, nécessaire à la production de l'invagination.

Enfin, pour se produire, il faut que le sarcome ne soit pas très évolué, qu'il exerce une action pesante suffisante ; mais qu'il n'ait pas eu le temps d'atteindre un trop gros volume, ou qu'il ait contracté des adhérences.

La symptomatologie du sarcome est floue et le diagnostic difficile. L'invagination arrivant avec l'apparence

d'une complication, avec ses symptômes positifs, portera l'indication opératoire. L'entérectomie, en levant l'obstacle, reséquera en même temps une petite tumeur qui, sans cette complication bienfaisante serait restée un certain temps encore sans se révéler par des signes cliniques précis.

De ce fait le pronostic très sombre en général doit laisser quelques espérances dans ces cas particuliers, et la mortalité qui, d'après Lecéne, est de 9 p. 100 dans les cas de sarcomes non adhérents, doit tomber à un taux inférieur dans les cas de sarcome du grêle compliqué d'invagination.

Vu :
Nancy, le 29 juin 1921.
Le président de la thèse,
FROELICH.

Vu :
Nancy, le 29 juin 1921.
Le doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 30 juin 1921.
Le recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lecène. — Thèse de Paris, 1904.
Lecène. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, 1907.
Duplay-Reclus. — *Traité de Chirurgie*, t. IV, p. 426.
Le Dentu-Delbet. — *Traité de Chirurgie*, I. XXIV, p. 471.
Gilbert et Thoinot. — *Traité de Médecine*, I. XVII, p. 218.
Cruveilhier. — *Traité d'Anatomie Pathologique*, t. I, p. 513.
Nandrot. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, mai 1921, N° 14.
De Witt-Steten. — Soc. de Chirurgie de New-York, 1909.
Delore. — Soc. des Sciences médicales de Lyon, 1910.
Delore et Leriche. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1908.
Leriche et Cavaillon. — *Semaine Médicale*, 20 fév. 1907.
A. Mathieu. — *Bull. Acad. de Méd.*, Paris 1914, p. 605.
A. Mathieu. — *Arch. des mal. de l'Appareil digestif*, p. 329..
Rafinesque. — *Thèse Paris*, 1878.
Gay. — *Rev. Méd. de la Suisse*, 1913.
Trouvé. — Thèse Paris, 1897.
P. Duval. — Congrès de chirurgie, 1913.
Derocque. — Thèse Paris, 1896.
Delbet. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1918.
Potherat. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1921.
Morestin. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1910.
Kalliouzis. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1910.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 5

Introduction. 7

Chapitre Premier. — Historique 9

Anatomie pathologique 11

Histologie pathologique 14

Chapitre II. — Complications des sarcomes de l'intestin grêle et invagination 19

Invagination. 21

Chapitre III. — Observation inédite 25

Chapitre IV. — Étude clinique. 27

Diagnostic 34

Evolution et pronostic. 40

Traitement 42

Observations. 51

Conclusions. 61

Index Bibliographique. 63

Imp. A. COLIN, 11, Rue des Quatre-Eglises, NANCY